

несущих свищи и буллы, прошивания краев линий резекции и коагуляции спаек.

Все пациенты активизировались на 1 сутки после торакоскопических операций, обезболивание наркотическими препаратами не требовалось.

**Выводы.** Таким образом, торакоскопические вмешательства можно рассматривать как альтернативу традиционной торакотомии. Минимизируя интраоперационную травму, можно уточнить диагноз, определить тактику ведения, устранить морфологическую причину заболеваний (СП), визуализировать объем повреждения и устранить его осложнения (ОТГ), что ведет в конечном итоге к профилактике рецидивов, уменьшению послеоперационных осложнений, быстрейшему восстановлению трудоспособности.

## **АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ ЛЕГКОГО**

Сачек М. Г., Петухов В. И., Ермашкевич С. Н., Кунцевич М. В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

**Введение.** В последние годы большое значение придается изучению андрогенного статуса пациентов при различных тяжелых заболеваниях и травмах. Низкие уровни андрогенов ассоциируются с более тяжелым течением заболевания и наступлением неблагоприятных исходов лечения. В то же время коррекция андрогенного дефицита потенциально способна приводить к снижению затрат на лечение и летальности. Однако до настоящего момента не определены четкие рекомендации по диагностике и лечению андрогенного дефицита у пациентов хирургического профиля.

Острые инфекционные деструкции легких (ОИДЛ) являются тяжелым заболеванием, сопровождающимся выраженными нарушениями обменно-метаболических процессов в организме пациентов. Несмотря на наличие в литературе указаний на необходимость включения препаратов андрогенов в программу

комплексного лечения данной патологии, в настоящий момент отсутствуют сведения о частоте встречаемости и степени выраженности андрогенного дефицита у пациентов с ОИДЛ на современном этапе, нет четких схем назначения препаратов андрогенов и сведений о клинической эффективности их применения у данной категории лиц.

**Цель:** изучить уровни тестостерона в сыворотке крови у пациентов-мужчин с ОИДЛ. Определить связь андрогенного дефицита с тяжестью течения заболевания и исходами лечения при данной патологии.

**Материал и методы.** Обследованы 52 пациента-мужчины с ОИДЛ, в возрасте от 29 до 84 лет ( $Me=56,5$ ), находившихся в торакальном гнойном хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с ноября 2016 г. по июль 2018 г.

При поступлении всем пациентам проводилось определение уровня тестостерона в сыворотке крови методом радиоиммунного анализа. Независимо от уровня тестостерона все пациенты были разделены на 2 группы методом простой рандомизации: 1 группа – не получавшие терапию препаратами андрогенов в рамках комплексного лечения, 2 группа – лица, при комплексном лечении которых использован препарат «Омнадрен 250» (Pharmaceutical Works Jelfa S.A., Польша), представляющий собой смесь эфиров тестостерона.

Для последующего анализа из вышеуказанных двух групп были сформированы следующие группы сравнения: 1 группа – пациенты с андрогенным дефицитом, не получавшие препараты андрогенов, 2 группа – пациенты с андрогенным дефицитом, получавшие препараты андрогенов, 3 группа – пациенты без андрогенного дефицита.

**Результаты и обсуждение.** Андрогенный дефицит (уровень тестостерона ниже 3,5 нг/мл) при поступлении в отделение (через 2-4 недели с момента начала заболевания) выявлен у 41 (79%) пациента с ОИДЛ. По возрасту лица с наличием и отсутствием андрогенного дефицита статистически значимо не различались ( $p_{Mann-Whitney}=0,31$ ). В зависимости от вариантов ОИДЛ андрогенный дефицит встречался: при абсцессе легкого (АЛ) – у

7 (70%) пациентов, при гангренозном абсцессе (ГА) – у 9 (64%), при гангрене легкого (ГЛ) – у 25 (89%) ( $p_{\text{АЛ-ГА Fisher}}=1$ ;  $p_{\text{ГА-ГЛ Fisher}}=0,31$ ;  $p_{\text{АЛ-ГЛ Fisher}}=0,09$ ).

Уровень тестостерона в сыворотке крови (Ме [25%; 75%]) в группах равнялся: в 1 – 1,29 [0,69; 1,56] нг/мл, во 2 – 0,73 [0,53; 1,47] нг/мл, в 3 – 6,89 [5,25; 8,33] нг/мл. При этом по уровню тестостерона в сыворотке крови пациенты 1 и 2 групп статистически значимо не различались между собой ( $p_{1-2 \text{Mann-Whitney}}=0,31$ ), тогда как были получены статистически значимые различия по содержанию тестостерона в сыворотке крови у пациентов в 3 группе по сравнению с пациентами 1 и 2 групп ( $p_{1-3 \text{Mann-Whitney}}=0,000008$ ;  $p_{2-3 \text{Mann-Whitney}}=0,000004$ ).

Концентрация тестостерона в сыворотке крови в зависимости от варианта ОИДЛ была представлена следующим образом: при АЛ (n=10) – 1,48 [1,09; 4,39] нг/мл, при ГА (n=14) – 1,41 [0,71; 5,52] нг/мл, при ГЛ (n=28) – 1,18 [0,48; 1,71] нг/мл ( $p_{\text{АЛ-ГА Mann-Whitney}}=0,7$ ;  $p_{\text{ГА-ГЛ Mann-Whitney}}=0,13$ ;  $p_{\text{АЛ-ГЛ Mann-Whitney}}=0,1$ ).

Тяжесть течения острых инфекционных деструкций легких была оценена по балльной шкале А.Н. Лаптева (1996 г.). Тяжесть течения ОИДЛ (Ме [25%; 75%]) в группах равнялась: в 1 – 13 [10; 22] баллов, во 2 – 18 [14; 21] баллов, в 3 – 12 [8; 14] баллов ( $p_{1-2 \text{Mann-Whitney}}=0,26$ ;  $p_{1-3 \text{Mann-Whitney}}=0,24$ ;  $p_{2-3 \text{Mann-Whitney}}=0,0006$ ). Было установлено, что тяжесть течения ОИДЛ (выраженная в баллах) и уровень тестостерона в сыворотке крови имеют между собой умеренную обратную корреляционную связь ( $r=-0,43$ ,  $p_{\text{Spearman}} < 0,05$ ).

В 1 группе были оперированы 17 из 19 пациентов, во 2 – 21 из 22, в 3 – 10 из 11 пациентов.

Осложненный послеоперационный период в 1 группе был отмечен у 12 из 17 (71%) пациентов, во 2 – у 10 из 21 (48%) пациентов; данный показатель различался статистически значимо ( $p_{1-2}=0,01$ ;  $\chi^2=6,5$ ). В 3 группе исследуемых осложнения развились у 5 из 10 (50%) оперированных лиц ( $p_{1-3}=0,26$ ;  $\chi^2=1,28$ ;  $p_{2-3}=1$ ;  $\chi^2=0$ ).

Общая и послеоперационная летальность в 1 группе составили 26,3% и 29,4%, во 2 – 13,6% и 14,2%, в 3 – 9% и 10%, соответственно. Статистический анализ исходов заболевания не

показал значимых различий ( $p_{1-2\text{Fisher}}=0,44$ ;  $p_{1-3\text{Fisher}}=0,37$ ;  $p_{2-3\text{Fisher}}=1$ ), что можно объяснить небольшим числом наблюдений в группах.

Исходные концентрации тестостерона в сыворотке крови у выписанных лиц составили 1,32 [0,68; 3,38] нг/мл и были выше, чем среди умерших – 0,88 [0,41; 1,58] нг/мл ( $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,26$ ).

#### **Выводы:**

1. Андрогенный дефицит выявлен у 79% пациентов с ОИДЛ.
2. Тяжесть течения ОИДЛ и уровень тестостерона в сыворотке крови имеют между собой умеренную обратную корреляционную связь ( $r=-0,43$ ,  $p_{\text{Spearman}}<0,05$ ).
3. Низкая концентрация тестостерона в крови у пациентов с ОИДЛ ассоциирована с
4. более высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью.

## **КОРРЕКЦИЯ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ОИДЛ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ СНИЖЕНИЮ ЧИСЛА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА**

Сивец Н. Ф., Бабарень В. В., Данович А. Э., Шафалович С. В.,  
Гудов Н. П., Головач Д. И., Гузов С. А.

6-я городская клиническая больница, г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Пищевод Барретта является серьезным осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и определяется в качестве основного фактора, приводящего к развитию рака пищевода. Среди обращений пациентов по поводу беспокоящей изжоги синдром Барретта выявляется в 10% случаев. При этом статистические данные указывают на наличие данной болезни у 1% населения. Чаще всего патологии подвержены мужчины старшей возрастной категории (45-60 лет).